Not in library
1378
WELLCOME INSTITUTE LIBRARY
Coll. welTROmec
Call No. pam WC335 1912 S48s

CLINICA DERMOSIFILOPATICA
DELLA
REGIA UNIVERSITÀ DI CAGLIARI

LO STATO ATTUALE DELLA LEPRA

IN SARDEGNA

PEL

Prof. ALBERTO SERRA - Direttore incaricato

TROPICAL DISEASES BUREAU LIBRARY.
TROPICAL DISEASES BUREAU RECEIVED 0 APR. 1913

CAGLIARI
Prem. Stab. Tipogr. Ditta G. Dessi
1912

22200145809

CLINICA DERMOSIFILOPATICA

DELLA

REGIA UNIVERSITÀ DI CAGLIARI

LO STATO ATTUALE DELLLA LEPRA

IN SARDEGNA

PEL

Prof. ALBERTO SERRA - Direttore incaricato

CAGLIARI
Prem. Stab. Tipogr. Ditta G. Dessì
1912

Come complemento allo studio di già pubblicato sullo stato attuale della lepra in Sardegna non credo privo d'interesse raccogliere i casi clinici che dal 1907 ad oggi caddero sulla mia diretta osservazione e tener conto delle modificazioni avvenute da tal'epoca fino all'Agosto 1912.

Da un'inchiesta minuziosa fatta nei vari paesi ove esistevano leprosi risulta che dei 50 infermi di lepra da noi raccolti nel precedente lavoro, dei quali 30 uomini e 20 donne vennero a mancare dieci infermi dei quali sei uomini e quattro donne.

Per tale selezione spontanea quindi il numero dei leprosi verrebbe ridotto a 40 ossia 24 uomini e 16 donne ed i focolai leprosi da 20 a 19 essendosi spento quello di *Massama* per la morte dell'*Oppo Maria*, deceduta nel 1911 e del *Moi Francesco* nel 1909.

Per la scoperta però di un nuovo caso di lepra ad *Ollasta Simaxis* ed uno a *Palmas Arborea* i focolai di lepra anzichè diminuire vengono ad aumentare, e da 20 salgono a 21.

Del pari per la scoperta di questi due casi e la comparsa di tre nuovi casi a Terralba e due ad Oristano il numero dei leprosi non si riduce a 40, ma bensì sale a 47 dei quali 26 uomini e 21 donne.

Per la morte del *Figus Giuseppe* suicidatosi a Cagliari nel 1909, nel paese di *Santa Giusta* non rimane che un solo leproso, il *Marras Giuseppe* d'anni 33, affetto da lepra anestetica mutilante.

Del pari a *Solanas* rimane un solo leproso, il *Melis Francesco*, d'anni 65, affetto da lepra nervosa mutilante grave, essendo deceduta nel 1908 *Brai Felicita* affetta da lepra mista.

A *Siamaggiore* rimangono due sole leprose, affette entrambe da lepra anestetica: la *Pirastu Maria* d'anni 67 e la *Rosa Sireus* di anni 29. Il *Mereu Antonio*, affetto da lepra tubercolare, morì nel 1909.

A *Cagliari* per la morte della *Manconi Susanna*, degente nella Clinica Dermosifilopatica, avvenuta nel 1912, il numero dei leprosi si riduce a due, entrambi affetti da lepra anestetica mutilante.

A *Nuraxinieddu* rimane ancora la famiglia Fogheri composta di due figli e del padre affetti tutti da lepra mista con prevalenza della forma nervosa. Il Perra affetto da lepra nervosa mutilante è morto nel 1908.

Ad *Oristano* i casi di lepra dovrebbero essere ridotti a quattro per la morte di Zucca Giovanni, affetto da lepra mista, avvenuta nel Gennaio 1909 e della *Canu Monserrata*, affetta da lepra anestetica mutilante deceduta nel 1912, se due nuovi casi non si fossero aggiunti in persona della *Manca Maria* affetta da lepra nervosa iniziale e della S. Marianna pure affetta da lepra anestetica delle quali mi occuperò in seguito (vedi Osserv: 3.ª e 4.ª).

Un altro caso venne da me osservato ad Oristano, del quale feci menzione nel mio lavoro « La Sierodiagnosi di Wassermann nella lepra » osserv. 14.ª, ma che non venne registrato nel lavoro « La lepra in Sardegna » perchè ammalò di lepra nel Gennaio 1909.

Riassumerò in seguito la storia clinica di quest'inferma sorella della Manca Maria perchè interessante ma non la faccio figurare in questa nota tra i leprosi viventi d'Oristano perchè morta nel Gennaio 1911.

Tanto la Manca Maria come la sorella sono figlie della Foddis Maria Teresa d'anni 59 tuttora vivente affetta da lepra mista con prevalenza della forma tubercolare.

A *Cabras*, i casi di lepra si riducono a cinque per la morte di *Melis Pietro*, affetto da lepra anestetica mutilante grave, deceduto nel Marzo 1911.

A *Terralba* il numero dei leprosi invece và portato da sei a nove per la comparsa di tre nuovi casi: due uomini ed una donna, due affetti da lepra tuberosa ed uno da lepra mista dei quali riporterò in riassunto le storie cliniche.

Riassumendo quindi, a Terralba vi sono nove leprosi dei quali due affetti da lepra tuberosa: un uomo ed una donna, cinque affetti da lepra mista: tre uomini e due donne; due affetti da lepra anestetica; un uomo ed una donna.

Ad Oristano vivono sei leprose: cinque affette da lepra anestetica ed una da lepra mista.

A Cabras vi sono cinque leprosi: quattro affetti da lepra nervosa: tre uomini ed una donna ed uno affetto da lepra mista: un uomo.

A Nuraxinieddu vi sono tre leprosi affetti tutti da lepra mista, con prevalenza della forma nervosa.

A Cagliari vi sono due leprosi entrambi affetti da lepra anestetica.

A Buggerru vi sono tre leprosi dei quali uno affetto da lepra mista e due da lepra anestetica: il primo uomo e le altre due donne.

A Siamaggiore vi sono due leprose affette entrambe da lepra anestetica.

A Carloforte vi sono due leprosi: uno affetto da lepra mista ed uno da lepra anestetica.

A Milis vi sono due leprosi affetti entrambi da lepra anestetica.

A Santa Giusta vi è un solo caso di lepra anestetica. Uno del pari affetto da lepra anestetica vi ha a Solanas.

A Nurachi vi sono due leprosi: una donna affetta da lepra anestetica ed un uomo affetto da lepra mista.

A Zerfaliu vi ha un solo caso di lepra anestetica: una donna di 60 anni.

A San Sperate vi è del pari una donna di 72 anni affetta da lepra anestetica. Un caso di lepra anestetica vi ha del pari a Calasetta: un uomo. Ed una donna di oltre 80 anni affetta da lepra anestetica vi ha a Quartu Sant'Elena.

Un leproso vi ha del pari a Solarussa, forma anestetica ed uno affetto da lepra mista a Sardara ed un altro affetto pure da lepra mista a Bono.

Durante questi cinque anni: dal Maggio 1907 all'Agosto 1912 possiamo rilevare un risveglio della lepra nei due paesi di Terralba ed Oristano ove abbiamo segnalato la morte di due leprosi mentre negli altri paesi ove esistono leprosi, nuovi casi non sono stati osservati e dei leprosi di già esistenti nove sono morti, pare per malattie comuni (la maggior parte per polmonite).

Ho voluto ciò rilevare inquantochè è duopo tener conto di tale riaccenzione epidemica per quanto localizzata ed intensificare su questi due focolai specialmente la sorveglianza sanitaria onde nuovi casi non possano sfuggire e possano essere applicate quelle

misure sanitarie più opportune che permettano di circoscrivere la malattia.

Non è giusto che nelle condizioni attuali di civiltà e coi continui progressi fatti dall'igiene e dalla profilassi delle malattie infettive, la lepra possa essere trascurata e non si faccia nulla per impedirne la diffusione.

Nel precedente lavoro accennammo alle misure profilattiche d'adottare, oggi io vorrei proporre che in Sardegna potessero almeno essere applicate le stesse misure profilattiche che si adoperano per impedire la diffusione delle malattie celtiche. Trattandosi di pochi malati potrebbe essere instituita nell'Ospedale Civile di Cagliari una sala per i leprosi i quali verrebbero tenuti isolati e curati fino alla scomparsa delle forme contagiose.

Ogni medico dovrebbe nel proprio paese visitare questi infermi ed appena osserva una nuova « poussée » della malattia, mandarli all'ospedale ove dovrebbero essere accolti a spese dello Stato come si fa attualmente per le malattie celtiche.

Al tempo stesso non bisognerebbe trascurare le ricerche sistematiche da praticarsi nella mucosa nasale di tutte le persone che hanno avuto od hanno contatti intimi con leprosi, provvedendo, in caso di reperto positivo del bacillo di Hansen, coll'invio immediato all'Ospedale di queste persone sospette che verrebbero tenute in osservazione. Oltre queste ricerche batterioscopiche il Medico dovrebbe praticare un esame generale accurato su dette persone, specialmente per l'apparato ghiandolare instituendo anche delle ricerche sierodiagnostiche non appena notasse manifestazioni cutanee che potessero far sospettare della malattia.

Certo non è questo l'ideale di una profilassi sociale, ma per il momento rappresenterebbe qualche cosa di fronte alla noncuranza ed all'apatia finora mostrata dal Governo.

PALMAS ARBOREA

Osservazione I.

Caboni Anna - d'anni 60 - vedova - casalinga - nata a Simaxis e domiciliata a Palmas Arborea affetta da lepra anestetica mutilante.

Nulla di gentilizio per quanto riguarda la lepra nè per il ramo diretto nè per il collaterale.

Mestruata a 15 anni ebbe le sue mestruazioni regolari fino a 45 anni.

Contrasse matrimonio a 24 anni con un individuo affetto d'epilessia e che morì all'età di 50 anni senza che mai abbia presentato sintomi che attribuir si possano all'infermità che affligge la paziente. Ebbe sei figli dei quali quattro maschi e due femmine. I primi tre figli morirono in tenera età, un quarto vive tuttora ed è sano, due figlie femmine morirono una nell'infanfanzia e l'ultima nata, a 16 anni, pare, per tubercolosi.

La paziente è stata in qualità di domestica per 13 anni ad Oristano ove non sa dirci se abbia avuto rapporti con malati di lepra. Assicura però che i suoi padroni erano sani nè presentarono malattie cutanee di sorta.

Soffrì di malaria ma da qualche anno non ebbe più febbri. Ha vissuto sempre in ambiente malsano, nutrendosi scarsamente, ed ora tira stentatamente la vita in un tugurio coll'unico soccorso che il figlio superstite può darle.

La malattia attuale, per quanto ricorda l'inferma, pare risalga all'età di 47 anni, epoca in cui notò la comparsa dei soliti sintomi nervosi: senso di formicolio all'estremità e di freddo, dolori vaghi alle articolazioni delle mani specialmente delle dita ed in grado minore ai piedi. A tali disturbi ben presto seguì un senso d'intormentimento che dava all'inferma l'impressione come se le sue mani fossero di sughero. La stessa impressione provò in seguito per i piedi. Dopo un anno o poco meno dall'inizio di questi primi sintomi l'inferma non avvertiva più la sensazione del calore anche se avvicinava al fuoco l'estremità che aveva sempre fredde come se fossero di marmo. Ebbe in seguito sorda dolorabilità lungo il decorso dei nervi dell'avambraccio sinistro e dito medio della mano dello stesso lato che si tumefece, s'aprì spontaneamente, in seguito ad empiastri applicati dall'inferma, e lentamente riparò dopo essere cadute le due ultime falangi. Nel decorso di una diecina di anni le altre dita della mano sinistra dapprima e quindi quelle della mano destra seguirono la stessa sorte. In ultimo anche le dita del piede destro, il 2.° ed il 5.° dito, presentarono le stesse lesioni. Or sono cinque anni comparve un'ulcerazione nella pianta del piede sinistro, accanto alla radice del 4.° dito, che non è riparata tuttora ma che non arreca alcun disturbo all'inferma. Durante il decorso della malattia l'inferma non ebbe altri disturbi all'infuori di quelli di già riferiti che si mantennero sempre

allo stesso grado e che però impedivano all'inferma qualunque lavoro e la tenevano confinata in casa apatica ed indifferente a tutto.

Stato presente. — Inferma di sviluppo scheletrico regolare, sistema muscolare poco sviluppato e floscio, pannicolo adiposo scarsissimo, mucose visibili pallide, nutrizione generale deficiente.

Nulla a carico degli organi toracici; leggero ingrossamento di milza.

La cute della faccia è di un colorito pallido-brunastro, secca, asciutta, grinzosa. La cute delle mani e degli avambracci è pure asciutta denutrita, assottigliata, floscia in corrispondenza della superficie dorsale, mentre nella superficie palmare delle mani e più specialmente della destra è tesa, dura, accollata alle ossa sottostanti. La nutrizione dei muscoli delle mani è deficiente, le eminenze sono depresse e la mobilità delle dita oltremodo ridotta.

Anche le mani si presentano ad artiglio con le dita mutilate, all'infuori del 5.° dito mano sinistra che, pur essendo ripiegato verso la superficie palmare conserva ancora le sue falangi. Il 3.° dito della mano sinistra, e tutti quelli della mano destra conservano solo una falange, il pollice, il 2.° e 4.° dito della mano sinistra mancano delle ultime falangi e presentano al pari di quelli della mano destra le parti molli retratte con assenza completa dell'unghia oppure con qualche frammento ungueale all'estremità. Il dito medio mano destra presenta il capo articolare tumefatto ed ingrossato a clava.

Il piede destro presenta il 2.° dito mutilato delle sue falangi ed il 4.° dito tumefatto ed ingrossato a clava. Sulla faccia plantare dell'alluce poi si osserva un'ulcerazione della grandezza di un soldo, margini irregolari leggermente sollevati sul fondo che si presenta ricco di granulazioni rossastre umettate da materiale purisimile.

Sulla superficie plantare del piede sinistro in corrispondenza della radice del 4.° e 5.° dito si osserva un' ulcerazione della grandezza di una moneta da 10 centesimi, profonda fino all'osso a margini duri callosi, a fondo di colorito grigio sporco, nerastro, asciutta, indolente, priva d'alone infiammatorio.

La sensibilità tattile, termica e dolorifica è abolita alle mani ed ai piedi e sul terzo inferiore e medio degli avambracci e gambe. Si ha paralisi dei muscoli delle mani. Leggera dolorabilità lungo il decorso dei nervi degli avambracci, i riflessi sono diminuiti.

Cateratta incipiente all'occhio sinistro.

Le glandole inguinali sono ingrossate specialmente quelle del lato sinistro, multiple, spostabili indolenti aflegmasiche. Si palpa qualche piccola ghiandola ascellare e laterocervicale.

L'inferma accusa malessere generale vive sola in un ambiente infelicissimo in condizioni miserrime, mancando spesso del necessario e coricando in una stuoia. Conserva i sensi normali e l'intelligenza abbastanza buona. Carattere triste rassegnato.

È stata in Clinica ove ha fatto la cura dell'antileprolo ricavandone gran vantaggio.

OLLASTA-SIMAXIS

Osservazione II.

Deidda Maria - d'anni 38 - nubile - casalinga - nata e domiciliata ad Ollasta-Simaxis- affetta da lepra nervosa mutilante.

Notizie gentilizie negative, in rapporto all'affezione che presenta l'inferma sia per il lato diretto che per il collaterale. L'inferma ha tre fratelli ed una sorella che godono tutti ottima salute. Ultima nata in casa sua, non s'allontanò mai dalla casa paterna ove accudisce alle faccende domestiche.

Dice di non aver avuto rapporti di sorta con individui affetti da lepra ma ricorda di aver conosciuto un leproso di Terralba che s'era stabilito nel suo paese come rivenditore di vino.

Godette sempre ottima salute fino all'età di 16 anni epoca in cui comparve la 1.ª mestruazione e quasi contemporaneamente notò dapprima una secrezione mucosa abbondante con frequenti sternuti e quindi frequenti epistassi ma con poca perdita di sangue. Le mestruazioni si mantennero e tuttora sono regolari ogni mese ma sempre abbondanti.

Dopo la comparsa di questi primi sintomi a breve distanza di tempo l'inferma sentì dei dolori lancinanti alle estremità ed un senso di freddo alle mani. Allorchè s'avvicinava al fuoco per riscaldarsi l'inferma provava un senso di cociore alle mani ed ai piedi ove si formavano delle chiazze eritematose e ben presto delle forme bollose. Spesso alcune di queste bolle anzichè riparare vuotandosi o riassorbendosi si riempivano di pus provocando anche dei rialzi di temperatura che però scomparivano appena dato esito al pus. Mentre nel primo caso la durata di tali bolle era di pochi giorni, nel secondo caso duravano più a lungo ed i fenomeni reattivi che l'accompagnavano scomparivano regolarmente residuando anche delle ulcerazioni superficiali che tardavano a cicatrizzare. La sede preferita di tali eruzioni bollose era sempre agli arti superiori, mani ed avambracci ed agli arti inferiori.

Dopo un succedersi di tali eruzioni alternate a periodi di tregua, trascorso un anno dalla comparsa dei primi sintomi, cominciò l'inferma a risentire ostacolata la mobilità delle dita che cominciarono a ripiegarsi ad artiglio mentre alcune dita si tumefacevano all'estremità a bacchetta di tamburo. Alla tumefazione dell'estremità succedeva in alcuni casi il rammollimento perforazione e fuoriuscita del pus con perdita delle falangi, in altri casi l'inferma dice di aver notato succedere alla tumefazione il rammollimento e quindi un graduale riassorbimento cui seguiva un raccorciamento del dito per eliminazione della falange. Questi ultimi disturbi comparvero

quasi contemporaneamente alle due estremità e si seguirono a lunghi intervalli di tempo nel periodo di dieci anni circa. Dopo due anni o poco più dalla comparsa dei disturbi trofici alle mani si iniziarono quelli ai piedi. La lesione prima manifestatasi ai piedi fu un'ulcerazione alla pianta del piede destro alla quale tenne dietro anche la mutilazione delle dita dello stesso e quindi del piede sinistro. Da un anno anche nel piede sinistro comparì un' ulcera perforante ed una seconda ne comparì nel piede destro da sei mesi o poco più.

Stato presente. — Inferma di sviluppo scheletrico regolare, sviluppo e nutrizione muscolare deficienti, pannicolo adiposo scarso, mucose, visibili pallide.

Nulla di notevole agli organi toracici ed addominali.

La cute dell'inferma è di colorito bruno, denutrita, sottile, liscia; il tessuto sottocutaneo è ridotto ed il muscolare notevolmente denutrito in corrispondenza degli arti superiori ed inferiori. La cute in corrispondenza degli avambracci e gambe è secca ed in queste ultime ricoperta di squame secche, cosparsa più quà più là di cicatrici biancastre, alcune liscie e superficiali, altre un po' depresse e raggrinzate.

Le mani si presentano deformate, mutilate di molte dita: mancano le prime falangi del pollice medio e mignolo della mano destra, le altre dita conservano le falangi ma sono ripiegate a griffe e deformate. Nella mano sinistra mancano del pari le falangi del pollice, indice ed anulare e le falangine del mignolo, il medio è ripiegato a griffe e deformato. Le eminenze tenar ed ipotenar sono depresse, assottigliate, come pure sono quasi scomparsi gl'interossei. I piedi sono rimpiccioliti ed i muscoli denutriti. Alla pianta del piede destro si osservano due ulceri perforanti in corrispondenza dell'estremità distale dei metacarpi. Una terza ulcera perforante si osserva nel piede sinistro in corrispondenza della parte centrale del calcagno. Tanto in un piede come nell'altro le dita son deturpate mutilate ed ingrossate all'estremità.

Palpando lungo il decorso dei cubitali si provoca leggera dolorabilità, Si ha paralisi dei muscoli delle mani, anestesia dell'estremità e degli avambracci e gambe fino al 3.° inferiore di questi ultimi. Verso il terzo medio le sensibilità sono un po' conservate specialmente la tattile e vanno ricomparendo man mano che ci avviciniamo alla radice degli arti. Riflessi diminuiti. Si palpano ingrossate le ghiandole inguinali.

Donna d'aspetto vivace, intelligente, nè punto nè poco preoccupata della malattia che l'affligge, dolente solo di non poter accudire con maggiore attività alle sue faccende perchè impossibilitata a servirsi delle mani come vorrebbe e costretta a camminare stentatamente. Non manca del necessario e vive in un ambiente discreto.

ORISTANO

Osservazione III.

S. Marianna - d'anni 47 - coniugata - maestra elementare - nativa di Oristano, affetta da lepra anestetica mutilante.

Nulla di gentilizio nè pel ramo diretto nè pel collaterale. Ha due fratelli e due sorelle sani. Il marito è pure sano.

Non ebbe malattie proprie dell'infanzia e godette ottima salute fino all'età di 18 anni, epoca in cui mentre ancora studiava a Cagliari, ebbe i primi sintomi dell'attuale malattia.

L'inferma assicura di non aver avuto sintomi prodromici quali senso di freddo, formicolio all'estremità, non epistassi non dolori articolari, ma d'aver notato che il dito indice andò perdendo gradatamente la sua normale mobilità, andò affusolandosi, perdette la sensibilità termica e dolorifica e quindi la tattile e si ripiegò verso la sua faccia palmare. Ebbe in seguito eruzioni bollose agli arti inferiori precedute qualche volta anche da rialzi febbrili e nel periodo di circa venticinque anni tutte le altre lesioni trofice che riferiremo nello stato presente. Ebbe dei lunghi periodi di tregua e da diversi anni non osservò alcun peggioramento ma il suo stato si mantenne stazionario.

Stato presente — Inferma di sviluppo scheletrico regolare, sviluppo e nutrizione muscolare molto deficienti - pannicolo adiposo scarso - nutrizione generale non buona - mucose visibili pallide - aspetto sofferente.

Nulla di notevole agli organi toracici, si palpa la milza alquanto ingrossata che deborda dall'arcata costale.

La cute dell'inferma è di un colorito bruno-pallido, denutrita, liscia; il tessuto sottocutaneo è molto ridotto, e i muscoli flosci e denutriti specialmente in corrispondenza delle gambe ove la cute è ispessita dura, di colorito brunastro macchiata più quà più là di cicatrici rotondeggianti della grandezza variabile da quella di una moneta da un centesimo a quella da dieci centesimi, superficiali, liscie, pigmentate, qualcuna se ne osserva un po' depressa, raggrinzata.

Le mani si presentano deformate, mutilate di molte dita; mancano le prime falangi di tutte le dita della mano destra. I monconi residuali sono ingrossati alle loro estremità e ripiegati a griffe. La mano sinistra presenta pressochè le stesse alterazioni della destra. Le dita sono tozze, raccorciate, ingrossate all'estremità distali, ripiegate ad artiglio. L'eminenze tenar ed ipotenar sono depresse, assottigliate; atrofici sono del pari gl'interossei.

Le condizioni degli arti inferiori non sono meno gravi: le gambe sono uniformemente tumefatte, elefantiasiche, i piedi si presentano tozzi, mutilati,

informi. La cute del dorso del piede è spessa, tesa, dura, poco mobile, aderente agli strati sottostanti, pigmentata, secca, ricoperta di sottili squamette, aderenti biancastre. La pianta del piede è rivestita di una cotenna dura, callosa come se fosse suola di scarpe, rotta nella sua continuità da un'ulcera perforante plantare profonda nel piede destro fino all'osso e nel piede sinistro fino allo strato muscolare. L'aspetto d'entrambe le forme ulcerative è torpido, il fondo nerastro, indolenti. L'alluce è raccorciato, ingrossato all'estremità, mancante della terza falange, il quinto dito d'entrambi i piedi è scomparso ed al suo posto vi ha un moncone carnoso residuale accollato nel piede sinistro al 4.° dito. Le unghie sono scabre, irregolari qua e là rotte. Si palpano i gangli latero e retrocervicali, inguinali ed epitrocleari che hanno la grandezza variabile da una nocciuola ad una piccola mandorla, duri, spostabili indolenti. In corrispondenza della superficie estensoria del braccio ed avambraccio palpando profondamente si apprezza un aumento di volume nel nervo cubitale, il quale si presenta teso alquanto irregolare con dei sollevamenti fusiformi. Non si provoca che una leggera dolorabilità. Si ha paralisi dei muscoli delle mani e dei tibiali. La sensibilità tattile, termica e dolorifica è abolita nelle mani, nei piedi e nel terzo inferiore e medio degli avambracci. Nelle gambe non ricompare la sensibilità che verso l'articolazione del ginocchio.

La mucosa congiuntivale presenta delle chiazze cicatriziali; notasi panno corneale all'occhio sinistro, paresi degli orbicolari e lagoftalmo ad entrambi gli occhi.

Riflessi tendinei diminuiti negli arti. Voce normale, parola regolare. Intelligenza sveglia. Accudisce alle sue occupazioni e vive discretamente.

Osservazione IV.

Manca Maria - d'anni 23 - nubile - casalinga - nata e domiciliata ad Oristano affetta da lepra anestetica incipiente.

La madre dell'inferma da circa nove anni è affetta da lepra mista (V. Osserv: 14.ª - Foddis Maria Teresa - La lepra in Sardegna). Il padre vive ed è sano. Una sorella d'età minore della paziente è stata colpita dalla stessa infezione. (1) Un'altra sorella vive ed attualmente non presenta

---

(1) Come riferì nella succitata storia clinica della Foddis Maria Teresa, allorchè nel Maggio 1907 visitai la famiglia dell'inferma, composta del marito e tre figlie, nulla che potesse riferirsi all'infezione della Foddis mi fù dato osservare all'esame accurato dei membri componenti la famiglia stessa e conviventi coll'inferma.

Nel Novembre 1908 rilevai nella secondogenita, una bambina di nove anni, un'iperplasia gangliare spiccata, iperplasia che non poteva essere messa in rapporto collo stato linfatico della ragazza nè con altre cause apprezzabili. Dubitando di una infezione latente, praticai degli esami del secreto nasale ed una prova sierodiagnostica, ma con esito completamente negativo.

manifestazioni che possano far dubitare di un'infezione leprosa. Gli esami del secreto nasale e sierodiagnostici praticati finora furono negativi.

La paziente non soffrì di malattie proprie della infanzia. Mestruata a 15 anni ebbe sempre le sue mestruazioni regolari fino all'età di 19 anni epoca, in cui, l'inferma dice, d'essere stata colpita da infezione malarica e d'aver avuto dapprima un arresto per oltre otto o nove mesi del flusso mestruale e quindi un'irregolarità sia riguardo al tempo come riguardo alla quantità che diventò sempre più scarsa.

Gli accessi febbrili durarono per oltre un anno ripetendosi ad intervalli non regolari e cessando dopo due o tre giorni durante i quali l'inferma prendeva i sali di chinino. All'infuori di questi rialzi, febbrili, accompagnati da debolezza generale, anoressia, cefalea viva irrequiettudine, l'inferma ci assicura di non aver notato altri sintomi iniziali della malattia da cui è affetta. Afferma che dopo uno di tali stati febbrili verso la metà di Luglio del 1911 svegliandosi al mattino dopo aver sudato profusamente sentì un dolore a tipo nevralgico localizzato dal gomito in giù verso la mano sinistra ove notò una chiazza eritematosa oblunga che scomparì dopo poche ore. Tale dolore nevralgico fu di breve durata e lo sentì dopo qualche tempo ma localizzato all'arto inferiore dello stesso lato dal ginocchio in giù. A questi primi disturbi tennero dietro senso di freddo d'intormentimento alle estremità superiori dapprima ed in seguito anche alle inferiori.

Non fece mai cure dirette ma prese solo del chinino e mistura Bacelli. Da quattro o cinque mesi sente ostacolati i movimenti delle dita e s'accorse di una tendenza del 5.° dito della mano sinistra a ripiegarsi verso la faccia palmare. Impressionata di questi nuovi disturbi si decise a venire all'ospedale ove venne ricoverata addì 7 Maggio 1912 col seguente:

Stato presente: — inferma di sviluppo scheletrico regolare, masse muscolari denutrite, pannicolo adiposo scarso, mucose visibili rosee. La paziente è di un'emotività che si manifesta con un arrossimento del viso per ogni lieve emozione.

Nulla a carico degli organi toracici ed addominali.

Il colorito della faccia è pallido-giallastro con delle tinte più cupe che

---

Verso il Gennaio del 1909 la fanciulla accusò i primi sintomi della malattia: epistassi, senso di secchezza, rinite e dopo qualche settimana eruzione eresipelatosa localizzata alla faccia con febbre alta, alla quale tenne dietro una gittata di forme nodulari diffuse alla faccia ed arti superiori. In breve spazio di tempo tutto l'ambito cutaneo era invaso dalla malattia. La prova del Wassermann da me instituita nel Maggio 1909, allorchè la malattia era allo stato iniziale, riuscì schiettamente positiva.

La malattia che esordì nella piccola inferma senza grandi sintomi prodromici, con una eruzione nodulare piuttosto diffusa, ebbe un decorso grave poichè dopo la prima eruzione altre ne seguirono a brevi intervalli di tempo impedendo in tal guisa alla fanciulla, indebolita e dimagrita dopo ciascuna eruzione, di poter ripristinare le proprie forze nel brevissimo periodo di remissione che intercedeva fra le diverse pousses della malattia.

Sfinita dalla febbre, in preda a gravi forme ulcerative, senza cura congrua, la povera fanciulla è morta, pare, per una malattia intercorrente (la pneumonite) il 18 gennaio 1911.

tendono al rosso-violetto in corrispondenza della fronte e regione zigomatica, specialmente alla parte destra ove per un'estensione di 3-4 cm. la cute appare un po' rilevata, a superficie ineguale al tatto, indolente, apruriginosa, tanto che l'inferma non se n'era accorta. L'aspetto di tali chiazze non è costante ma si modifica in seguito a stimoli meccanici non solo ma anche sotto l'influsso di emozione anche di lieve importanza. Il calore aumenta la vivacità della colorazione ed il freddo le rende violacee. Altre chiazze, ma di aspetto un po' diverso, si notano in corrispondenza della superficie esterna del braccio sinistro. Una è grande come una moneta da due soldi e l'altra come quella di un soldo. Sono di forma rotondeggiante, un po' acromiche nella parte centrale, specialmente la più grande, circondate da un alone rossastro che và alla periferia confondendosi lentamente col colorito della cute normale. Tali chiazze non sono punto rilevate, nè ispessite, sono indolenti ed apruriginose nè vennero mai notate dall'inferma, per cui non possiamo constatare da quanto tempo datano. Su tali chiazze è stato possibile col mezzzo della triturazione mettere in evidenza il bacillo di Hansen.

Gli arti superiori presentano i muscoli delle mani e degli avambracci un po' denutriti, l'eminenza tenar ed ipotenar sono leggermente appiatite con atrofia incipiente, meno marcata alla tenar mano destra.

Dita affusolate specialmente a sinistra con semiflessione del mignolo d'ambo le mani, in grado più avanzato però a sinistra. Indeboliti i movi menti dei muscoli della mano specialmente a sinistra. Alla palpazione lungo il decorso dei nervi si apprezza appena una tensione maggiore del nervo cubitale sul quale la compressione risveglia una leggiera dolorabilità. Ipoestesia specialmente termica e dolorifica alle mani e piedi, meno manifesta agli avambracci e gambe ove la sensibilità tattile è quasi normale. Diminuita contrattilità alla corrente faradica. Riflessi tendinei diminuiti negli arti. L'inferma accusa spossatezza generale e senso di freddo alle estremità. Parola regolare, intelligenza mediocre, carattere melanconico triste. Convive coi genitori e colla sorella superstite. Ha ricavato notevole giovamento dalla cura coll'antileprolo.

TERRALBA

Osservazione V.

Falchi Luigi - d'anni 42 - bracciante - nativo di Terralba ed impiegato attualmente nella miniera di Buggerru in qualità di vagonista affetto da lepra mista.

Il padre morì a 72 anni e la madre a 76 per malattia acuta, pare polmonite. Ha due fratelli e due sorelle una delle quali a quanto si può arguire dalle notizie che ci è dato raccogliere pare affetta da lepra nervosa. È di età minore dell'infermo e trovasi a Terralba ove però non mi fù dato vederla. Non ricorda di aver avuto contatto con leprosi, ma al

tempo stesso non esclude che nel vicinato, allorchè abitava in Terralba, vi sieno stati dei leprosi.

Fino all'età di ventotto anni assicura di non aver avuto malattie di sorta, all'infuori di febbri malariche nè d'aver sofferto disturbi subiettivi di alcuna natura. Verso il 1898 il suo benessere venne turbato da dolori vaghi articolari, che di sera, allorquando sopraggiungeva un po' di febbre, s'accentuavano in modo speciale tanto da impedire il sonno all'infermo.

Dopo qualche settimana da questi primi disturbi, che l'infermo curò col salicilato di chinino, una sera la febbre salì ad una temperatura più alta del solito, ebbe sudori profusi e senso di bruciore su tutto l'ambito cutaneo ove l'indomani osservò delle chiazze eritematose localizzate in special modo alla faccia ed agli arti. Dopo qualche giorno, la febbre scomparì e così pure le macchie eritematose.

Nella faccia però e specialmente sulla fronte, regione sopraccigliare e regione mentoniera l'infermo osservò, al posto delle chiazze eritematose scomparse, delle forme nodulari dure, di colorito rosso cupo, indolenti, della grandezza di una buona lente che non scomparirono più ma, pur mantenendosi pianeggianti, andarono gradatamente aumentando in estensione. Colla comparsa di queste forme eruttive l'infermo afferma di aver visto scomparire tutti i disturbi subiettivi. Dopo qualche anno i disturbi ricomparirono e stavolta localizzati al braccio destro e più specialmente all'articolazione del polso. Contemporaneamente a questi nuovi disturbi l'infermo ricorda d'aver avuto senso di freddo alle estremità accompagnato ogni tanto, specialmente la sera a trafitture alle articolazioni delle mani e piedi. Qualche tempo dopo questi sintomi, sentì ostacolati i movimenti delle dita e vide una tendenza della dita della mano destra e ripiegarsi verso la loro faccia palmare. Da un anno o poco più, s'accorse della comparsa di macchie sul tronco e superficie latero-interna delle braccia e mani. Il 28 Giugno 1909 si decise di venire in questa Clinica ove venne ricoverato col seguente stato presente.

Stato presente — Infermo di sviluppo scheletrico regolare - pannicolo adiposo scarso - sistema muscolare alquanto deficiente - mucose visibili pallide - cute pallida, floscia, asciutta, facilmente sollevabile in pieghe. Nulla a carico degli organi toracici - la milza è leggermente cresciuta di volume nella sua regione trasversale.

Sulla regione sopraccigliare, sulla regione zigomatica e sulla regione mentoniera si notano degli ispessimenti cutanei rilevabili più che coll'ispezione col tatto. Essi sono piani alquanto lobati, di consistenza dura, indolenti, interessano simmetricamente le regioni anzidette e nella regione mentoniera si estendono per un buon tratto anche a quella sottomentoniera. Un piccolo nodulo della grandezza di una lente, isolato, di colorito rosso-brunastro lucido, liscio, pianeggiante si osserva nella regione sopraccigliare di sinistra verso il suo terzo interno. Altri noduli consimili si osservano sull'elice d'entrambi gli orecchi. Nulla di normale nei peli e nei capelli.

In corrispondenza della parte alta del tronco, regione sopraclavicolare

e sternale, superficie latero interna avambracci e superficie palmare mani la cute si presenta chiazzata di larghe macchie di forma irregolare, a margini pure irregolari, pigmentati in bruno oscuro che spicca sul fondo bianco della macchia e và gradatamente perdendosi alla periferia fino a confondersi col colorito della cute normale.

La cute in corrispondenza di tali chiazze acromiche è dura, inelastica assottigliata.

La cute degli avambracci e dorso mani è asciutta, denutrita, floscia, di colorito plumbeo e presenta altre piccole chiazze acromiche circondate d'alone ipercromico in corrispondenza del dito indice e medio della mano sinistra. Sulla superficie palmare invece la cute è dura, spessa poco mobile sui testessuti sottostanti. Le eminenze tenar ed ipotenar sono appiattite specialmente alla mano destra ove anche le dita sono ripiegate ad artiglio, mentre quelle della mano sinistra sono solo denutrite e torpide nei movimenti.

La cute delle gambe dal terzo medio in giù e quella dei piedi si presenta un po' tumefatta, di colorito rosso-brunastro, più dura e tesa della pelle sana. Le glandole linfatiche inguinali sono ingrossate, dure, spostabili aflegmasiche. Lungo il decorso dei nervi delle braccia e degli avambracci non si nota alcuna nodosità, ma i nervi appaiono tesi ed un po' dolenti alla palpazione.

Si ha anestesia completa dalla metà dell'avambraccio verso le mani e dal terzo inferiore delle gambe ai piedi.

Ipoestesia dolorifica a termica sulle chiazze acromiche mentre la sensibilità tattile é quasi normale. I movimenti dei muscoli delle mani sono limitati.

Per quanto si sia ricercato, non si è trovato il bacillo nelle chiazze acromiche mentre si è riscontrato negli ispessimenti cutanei e nelle cavità nasali. L'infermo ha fatto una cura intensa coll'olio di chaumoolgra ed è stato congedato migliorato ed in buone condizioni generali. Benchè di condizione povera, non manca del necessario. Convive con la moglie e coi suoi due figli che non presentano nulla di notevole.

Si rivede l'infermo nel luglio 1912. Ha continuato la cura coll'olio di chaulmoogra anche dopo congedato dalla Clinica e dalla cura ha tratto gran giovamento. Da un anno circa è però affetto da tubercolosi polmonare che l'ha ridotto in uno stato di grave denutrizione generale tale da farci prevedere prossima la sua fine.

Osservazione VI.

Piccioni Pasquala - d'anni 48 - vedova - casalinga - nata e domiciliata a Terralba affetta da lepra tubercolare.

I genitori morirono in tarda età. Ebbe due fratelli e due sorelle che godono tutti buona salute.

Mestruata a 15 anni ebbe sempre le sue mestruazioni regolari. Sposata

a trent'anni ebbe tre figli che vivono e sono sani. Il marito non ha mai presentato manifestazioni della malattia dalla quale è affetta l'inferma nè nella sua famiglia vi sono del pari antecedenti ereditari. Morì per polmonite or son sei anni.

L'inferma non soffrì disturbi degni di nota fino all'età di 38 anni epoca in cui fù colpita da tracoma che ancora non è spento.

La malattia attuale esordì or son tre anni con una forma nodulare della grandezza di un pallino in corrispondenza dell'avambracio destro, terzo inferiore. L'inferma assicura di non aver avuto sintomi prodromici di sorta e che l'epistassi si verificò solo qualche tempo dopo la comparsa del nodulo. Dopo diversi mesi che l'inferma aveva notato il primo nodulo vidde comparirne attorno a questo altri tre consimili che al par del primo andarono aumentando di volume lentamente fino a raggiungere le proporzioni nelle quali attualmente li osserviamo. Altri noduli comparirono in seguito all'avambraccio sinistro dopo trascorsi otto o nove mesi senza che l'inferma se ne desse pensiero poichè non le arreccarono disturbo di sorta. A distanza di un'anno o poco più dalla comparsa del primo nodulo l'inferma dice d'essere stata colta da leggeri brividi di freddo e quindi da febbre alta che durò per tutta la notte. L'indomani mattina la febbre diminuì e l'inferma notò la comparsa di forme eritematose diffuse a tutto l'ambito cutaneo. Tali forme arrecavano prurito intenso all'inferma misto a senso di bruciore. Durarono in atto la maggior parte per qualche giorno, e poi scomparirono. A questa eruzione eritematosa seguì dopo breve spazio di tempo un'eruzione nodulare diffusa agli arti superiori ed inferiori ed alla faccia. Altri noduli isolati andarono in seguito comparendo anche nelle altre parti del corpo fino a ridurre nello spazio di tre anni l'inferma nello stato in cui ora l'osserviamo.

Stato presente — Inferma di sviluppo scheletrico e muscolare regolare, pannicolo adiposo scarso, mucose visibili pallide.

Nulla a carico degli organi toracici. La milza è ingrossata e debordа tre dita trasverse dall'arcata costale, è di consistenza piuttosto dura, indolente.

La cute della faccia è di colorito rosso-bruno, indurita, solcata da profonde rughe sulla regione frontale, rughe che limitano degl' ispessimenti cutanei che si apprezzano più colla palpazione che coll'ispezione. Ispessite del pari si presentano le regioni sopraccigliari e nasale. Forme nodulari isolate si osservano in corrispondenza della regione zigomatica, del dorso naso parte sinistra, dell'elice e lobulo dell'orecchio. Sono noduli della grandezza di un cece, di consistenza dura, lisci, lucenti, di colorito bruno-giallastro. Sulle avambraccia superficie estensoria si osservano dei noduli della grandezza variabile da quella di una lente a quella di una buona nocciuola, di colorito rosso-cupo, duri, alcuni isolati, altri riuniti in gruppo, alcuni rilevati, altri incassati nella spessezza della cute ed apprezzabili alla palpazione mentre all'ispezione s'itravedono solo per un colorito appena più rosso-brunastro che la cute assume in corrispondenza di tali noduli. Noduli che rivestono gli stessi caratteri, sia rilevati che incassati nel derma, si osservano anche in

corrispondenza delle coscie superficie interna e delle gambe. Noduli piatti a nappo, di colorito rosso-bruno, di consistenza dura, della grandezza variabile da una moneta da due centesimi a quella di un soldo si osservano irregolarmente sparsi nella regione glutea.

La mucosa si presenta leggermente arrossata in corrispondenza del palato molle, dei pilastri e dell'ugola. Tumida ed arrossata con dell'erosioni umettate da materiale grigio-sporco sanguinolento si presenta la mucosa schneideriana.

I gangli linfatici inguinali, crurali, epitrocleari e latero-cervicali sono aumentati di volume e si presentano della grossezza variabile da un cece ad una buona nocciuola: sono mobili indolenti, spostabili.

Ipoestesia sugli ispessimenti cutanei e sui noduli. Nulla ai nervi. L'inferma accusa cefalea intensa ricorrente. Carattere triste. Convive con due dei suoi figli uno di 13 ed uno di 15 anni che sono attualmente sani. Un terzo di 17 anni è operaio in una miniera e da informazioni assunte risulta del pari sano. È poverissima e tira stentatamente la vita.

Viene ricoverata in Clinica addì 21 Maggio 1912 ove fà una cura coll'antileprolo ricavandone vantaggio notevole. Allorchè lascia la Clinica il tumore di milza è scomparso e la milza è di nuovo nei suoi limiti normali. Le forme nodulari sono scomparse, così pure gli ispessimenti cutanei (V. L'antileprolo nella cura della lepra - Giorn. It. Malattie veneree e della pelle).

Osservazione VII.

Onida Luigi - d'anni 18 - celibe - fabbro - nativo di Terralba - attualmente lavora ad Acquaresi nella miniera - affetto da lepra tubercolare.

Il padre pare che negli ultimi anni di vita abbia presentato sintomi di lepra nervosa. Lo si deduce da notizie assunte dalla famiglia. Morì a 50 anni per malattia intercorrente. La madre vive e non presenta nulla che possa farci dubitare di un'infezione leprosa. È malarica. Nessun altro degli ascendenti presentò malattie croniche degne di nota. Ha due fratelli e due sorelle tutti viventi ed in buone condizioni di salute.

L'infermo afferma di non aver avuto malattie degne di nota fino alla età di 16 anni. Nell'estate del 1910 l'infermo racconta d'aver osservato nella regione mentoniera un piccolo nodulo della grandezza di un pisello di consistenza dura, di colorito bruno-rossastro, indolente. A distanza di un mese dalla comparsa del primo nodulo un'altro ne comparì in corrispondenza della regione zigomatica di destra cogli stessi caratteri del primo. Quasi contemporaneamente avvertì al naso un senso di secchezza molesta alla quale seguì un'intasamento che rendeva all'infermo difficile la respirazione tanto da costringerlo a respirare con la bocca. A questi primi noduli altri ne seguirono ad intervalli di tempo piuttosto brevi senza sintomi prodromici apprezzabili e non a gittate di molte forme nodulari ma a pochi noduli alla volta

in modo che nel periodo di dieciotto mesi tutto l'ambito cutaneo, ad eccezione del tronco, era invaso dalla malattia. Da quattro o cinque mesi non gode più di quel discreto benessere che pur essendo affetto da questa malattia non gli era mai mancato. Ha avuto febbre, cefalea intensa ed ha sentito venir meno le forze tanto da esser costretto qualche giorno a starsene coricato e non poter lavorare.

Il 10 Giugno 1912 venne ricoverato in Clinica col seguente:

Stato presente - Conformazione scheletrica regolare, masse muscolari discretamente sviluppate, pannicolo adiposo scarso.

Nulla di notevole agli organi toracici. La milza è leggermente ingrossata.

La cute della faccia è di un colorito bronzeo-giallastro, ispessita in corrispondenza della regione sopraccigliare e tempestata di forme nodulari su tutto il resto della faccia ad eccezione della regione frontale che non presenta alterazioni molto palesi all'infuori di una minore elasticità della cute normale. I noduli sono di una grossezza variabile da quella di una piccola lente a quella di una grossa nocciuola, non rilevati ma piuttosto piatti, alcuni isolati altri confluenti, di colorito rosso fosco, di consistenza duro-elastica, a superficie liscia, lucida di forma rotondeggiante. I noduli più grossi impiantati nella regione mentoniera e nella regione zigomatica destra hanno una base larga ma sono schiacciati e racchiudono dei numerosi commedoni ed a differenza degli altri sono di colorito bronzeo-giallognolo. Un nodulo consimile grosso quanto una buona noce al pari schiacciato si osserva nel terzo medio braccio destro superficie estensoria. Il naso è grosso e le pinne nasali un po' ispessite; le labbra del pari sono grosse e prominenti. Le orecchie sono pure aumentate di volume per un'ispessimento in toto della cute che alla superficie presenta dei piccoli sollevamenti papuloidi, piatti, lentiformi, di colorito bruno-giallastro. Appena diradati sono i peli del labbro superiore mentre ben conservati son quelli della regione sopraccigliare.

Gli arti superiori, specialmente sulla superficie estensoria a cominciare dal terzo medio bracci e più ancora sugli avambracci, sono coperti di rilievi papuloidi, piatti, della grandezza variabile da una lente ad una moneta da due centesimi di colorito bronzeo-giallognolo alcuni, altri rosso-cupo, di consistenza dura. Alcuni sono incassati nello spessore della cute e si apprezzano colla palpazione e dal colorito rosso-cupo che la cute assume nella loro sede d'impianto, altri sono rilevati ma come già dissi schiacciati. Due noduli emisferici ehe raggiungono le dimensioni di una nocciuola si osservano sull'articolazione del polso, superficie dorsale arto sinistro. La pelle che ricopre il dorso delle mani è ispessita dura, e sulle prime falangi delle dita si osservano dei tubercoli semiglobosi, di consistenza duro-fibrosa, di colorito rosso-cupo. Sulla regione glutea si osservano piccoli noduli piatti alcuni isolati, altri riuniti a placca estesa a configurazione irregolare, a superficie liscia.

Sulla superficie anteriore e laterale esterna delle coscie si notano rare forme nodulari sparse più quà più là, appena rilevate sulla superficie cutanea,

In corrispondenza del ginocchio destro, sulla regione prerotulea, lateralmente a questa verso l'esterno e due dita trasverse al disotto si osservano tre grossi noduli, della grandezza di una noce avellana, rotondeggianti, a superficie irregolare, bernocoluta, di consistenza duro-fibrosa, di colorito bronzeo-giallognolo. Le gambe sono un po' tumefatte la cute che le ricopre è dura ispessita poco mobile sui tessuti sottostanti. In corrispondenza del loro terzo inferiore e dorso articolazione del piede si osservano delle placche infiltrate della grandezza del palmo di una mano, un po' rilevate sulla superficie cutanea, di colorito bruno-violaceo, di consistenza duro-pastosa. Su queste placche, che a detta dell'infermo datano da poco più di una ventina di giorni, si apprezza al termo-tatto un leggero aumento di temperatura in paragone di un tratto sano. Col termometro si rileva una differenza di circa 2 decimi di grado. Forme nodulari che rivestono i soliti caratteri si osservano sulla regione tibiale gamba sinistra.

Le mucose si presentano un po' tumide, di colore rosso-vivo. Il palato duro presenta una placca infiltrata che si estende a destra verso il palato molle fino all'ugola e pilastro corrispondente. Un nodulo della grossezza di un pisello si nota sulla punta della lingua. La voce è aspra e gutturale per localizzazioni nodulari laringee. Per la presenza di noduli ai margini delle pinne nasali non si può esaminar completamente la mucosa schneideriana che appare però ulcerata poichè assieme al muco fuoriesce dal naso del secreto purisimile misto a sangue. L'esame microscopico dell'essudato mette in evidenza numerosi bacilli leprosi.

Le ghiandole inguinali sono multiple, della grossezza varia da un fagiuolo ad una buona mandorla, mobili al di sotto della cute, un po' tumefatte.

Individuo apatico e piuttosto indifferente.

Ha fatto in clinica una cura intensa di antileprol e viene congedato senza manifestazioni cutanee ed in ottime condizioni (V. Antileprol nella cura della lepra - Giorn. Ital. di malatt. veneree e della pelle 1912).

Queste le storie cliniche da me raccolte. Altri casi però indubbiamente sono a me sfuggiti specialmente nel focolaio principale di Terralba, [1] ove ho potuto in diverse riprese scoprire i casi illustrati mediante la guida cortese ed intelligente del valente medico condotto di quel paese, il Dottor Virgilio Cruccu. [2]

Se il rifiorire di casi di lepra in diverse provincie d'Italia in individui reduci dall'America è per sè stesso un fatto grave e preoccupante poichè dimostra che la malattia anzichè estinguersi è sempre invadente e forma nuovi focolai, questo risveglio in un focolaio, rimasto latente per tanti secoli nella provincia è oltremodo allarmante e costituisce una minaccia continua di una esacerbazione epidemica dell'endemia di lepra nel nostro paese.

Se diamo uno sguardo alla lepra e consideriamo il decorso dell'infezione attraverso i secoli, noi vediamo come a periodi più o meno lunghi di remissione, sia spontanea che determinata da profilassi razionale, si succedano periodi di esacerbazione dovuti ad un'esaltazione del virus infettante ed al rallentamento di una rigorosa vigilanza sanitaria e delle misure profilattiche adeguate. Noi in Sardegna abbiamo attraversato il periodo di esacerbazione e con rigorosi mezzi d'isolamento, come ne fanno fede i documenti attestanti l'esistenza di diversi leprosari nell'isola nei secoli passati, abbiamo ottenuto un lungo periodo di remissione. Questo periodo evidentemente, non essendo stato più fatto nulla per impedire il contagio, và cessando e se non ci troviamo di fronte ad una vera e propria esacerbazione questa non tarderà a verificarsi se si lascia un libero sfogo al propagarsi della malattia. Auguriamoci che la Commissione governativa, testè nominata dal Governo e della quale fanno parte leprologhi insigni, possa risparmiare all'isola nostra ed all'Italia una sì terribile jattura.

Fin da quando mi son proposto queste ricerche sulla lepra, ho in tutti i modi cercato di persuadere i poveri infelici colpiti dal morbo crudele ad aver fiducia nelle nostre cure ed ho a tutti consigliato e facilitato l'ospedalizzazione tentando tutte le cure più adatte onde debellare l'odiosa malattia.

---

(1) Mentre attendevo alla correzione delle bozze di questa mia nota ho avuto notizia di nuovi casi a Terralba e di qualche altro caso vecchio non ancora registrato.

Mi son fatto premura di segnalare i casi al Chiarissimo Prof. Radaeli, membro della Commissione per lo studio epidemiologico della lepra in Italia ed incaricato specialmente delle ricerche in Sardegna.

(2) al Dottor Cruccu ed al Dottor Attilio Manconi d'Oristano sento qui il dovere di rendere vive grazie per avere in tutti i modi facilitato il compito prefissomi.

Oltre le cure mercuriali ed arsenicali ho tentato ultimamente la *nastin* ma finora con scarso risultato. Ho ottenuto invece dei risultati soddisfacenti dall'*olio di chaulmoogra* ed ora ultimamente degli ottimi risultati dall'*antileprol.* Ho avuto la soddisfazione di vedere non pochi infelici ritornare alle proprie occupazioni, se non guariti completamente, certo in buone condizioni e meno pericolosi pel contagio. Ho somministrato sempre che ho potuto dell'olio di chaulmoogra a quelli infermi che non potevano o non volevano entrare nell'ospedale.

Ho fatto arrivare per conto del Comune di Terralba una discreta quantità d'olio di chaulmoogra che il Dottor Cruccu ha regolarmente somministrato ai malati. Ho a tutti impartito quelle istruzioni più opportune per una profilassi antileprosa.

Orbene se pur facendo così poco qualche cosa si è potuto ottenere, è giusto che favorendo l'ospedalizzazione degl'infermi più contagiosi, somministrando dei medicinali a quelli che presentano poca probabilità di contagio, e se poveri dando loro dei *boni* alimentari, curando l'invio all'ospedale dei casi sospetti ove verrebbe confermata o negata la diagnosi della malattia con tutti i mezzi moderni e scientifici di ricerca, io ritengo che si riuscirebbe a beneficare tanti infelici ed a porre un argine al rapido progredire di quest' infezione.

Circa le considerazioni cliniche da ritrarre da questi pochi casi da me raccolti, siccome di poco si discostano dagli altri riuniti nel lavoro « La lepra in Sardegna » mi riporto a quanto già dissi. Merita di esser qui rilevato il caso della famiglia Manca di Oristano che sta a confermare sempre più la contagiosità della malattia.

Nella suddetta famiglia prima ad ammalare fu la mamma, Foddis Maria Teresa; dopo cinque anni ammalò la secondogenita di lepra tubercolare grave e dopo 8 anni la primogenita.

Non mi pare sia in questo caso da invocare la trasmissione ereditaria o germinale, poichè pur ammettendo che la Foddis fosse affetta dalla malattia e che questa fosse allo stato latente allorchè ebbe i figli, non potremo mai spiegarci come la prima figlia ad ammalare, dieci anni dopo la nascita, sia stata quella nata otto anni prima che la Foddis presentasse i primi sintomi della malattia e non l'ultima nata che allorchè la mamma ammalò aveva sei anni e che tuttora non presenta sintomo alcuno che riferir si possa alla lepra.

Pur ammettendo un periodo così lungo di latenza è più ovvio ammettere che il passaggio del virus dalla madre al feto debba verificarsi quanto più ci avviciniamo al periodo d'esplosione della malattia che non quanto da questo siamo più lontani.

Nè tanto meno di trasmissione ereditaria dobbiamo parlare nella primogenita che ammalò a 21 anni e che aveva 14 anni allorchè la mamma accusò i primi sintomi dell'infezione.

Piuttosto a me pare, come giustamente sostiene il Prof. *Mantegazza*, che allorchè la lepra colpisce un membro di una famiglia, gli altri vengono attaccati a seconda dalla maggior facilità del contagio favorita da contatti e rapporti famigliari e da circostanze speciali che rendono possibile l'infezione.

E queste circostanze nel caso nostro non mancarono: oltre le pessime condizioni igieniche dell'abitazione, la promiscuità nella quale vivono i membri tutti della famiglia, la bambina secondogenita aveva una cura speciale della mamma alla quale medicava le ulcerazioni senza alcuna precauzione.

Quindi anche questi due casi che da alcuni potrebbero essere interpretati come casi di trasmissione ereditaria, sono da considerarsi come casi di contagio accidentale dopo la nascita.

Un altro fatto mi preme qui riportare: ho praticato nella Manca Maria (oss: IV) le ricerche del bacillo sulla mucosa nasale e sulle chiazze eritematose della faccia e del braccio. Mentre gli esami fatti scarificando la mucosa nasale e sulle chiazze riuscirono negativi mi fu possibile mettere in evidenza il bacillo per quanto in scarso numero sulla chiazza eritematosa del braccio mediante la triturazione di un pezzo esciso, mentre col metodo del vescicatorio (Kalindero) avevo ottenuto risultato negativo. Per quanto col metodo del vescicatorio, (raccogliendo, con strisciamento del vetrino sulla superficie messa allo scoperto dopo aperta e vuotata la flittena, il materiale essudato e colorando col Ziehl-Neelsen) mi sia riuscito all'osservazione microscopica di mettere in evidenza il bacillo di Hansen, purtuttavia quando questo fallisce si può ricorrere al metodo della triturazione con speranza di risultato.

A proposito della secondogenita della famiglia Manca, morta di lepra, mi preme qui rilevare un sintomo che se potrà essere constatato in altri casi può avere un gran valore per la diagnosi precoce di lepra allorquando non esistono ancora manifestazioni cutanee della malattia.

Nel novembre 1908 la Manca presentava esclusivamente una

iperplasia gangliare spiccata che non poteva essere messa in rapporto con causa alcuna apprezzabile all'infuori di un'infezione latente. A distanza di due mesi circa comparirono le manifestazioni tipiche di lepra tubercolare. Segnalo qui semplicemente il fatto riservandomi di approfondirne lo studio con nuove ricerche cliniche e sierologiche. Intanto nei casi sospetti è bene tener conto dello stato dell'apparato ghiandolare.

Due parole ancora debbo dire sulla pretesa reazione alla tubercolina dei leprosi, oltre aver praticato la oftalmo e cutireazione nei cinque casi di cui fa menzione il Dottor Fadda nel suo lavoro [1] ho continuato a praticare la cuti-reazione e la iniezione di tubercolina in altri dieci casi. Di questi quindici casi, sette erano di lepra anestetica, cinque di lepra mista e tre di lepra tubercolare. Orbene di tutti quest'infermi uno solo presentò reazione caratteristica simile a quella che si osserva nella tubercolosi. Purtroppo però quest'infermo, il Falchi Luigi, riveduto da me a distanza di tre anni presentava una tubercolosi polmonare gravissima.

Debbo quindi schierarmi, in base a questi risultati, fra quelli come lo *Slatinéau* e *Daniélopolu,* [2] *Amarale Paranhos* [3] i quali ritengono che si ha reazione alla tubercolina nella lepra sempre quando si trovino in simbiosi il bacillo di Hansen e quello di Koch.

Circa il modo di diffusione del bacillo leproso, impressionato dal concetto espresso d'alcuni Autori che la trasmissione della lepra avvenga per l'intermediario di alcuni insetti, ho voluto anch'io fare delle esperienze in proposito.

Non avendo potuto ancora portare a termine quelle sulle zanzare, mosche e pulci riporterò qui solo le poche esperienze da me fatte per assodare se il sospetto affacciato dal *Borrel* [4] nel 1909, che il *demodex folliculorum* avesse una parte notevole nella diffusione della lepra, trovasse la sua conferma nei leprosi sardi.

Ho a tal'uopo anzitutto cercato di constatare in quanti leprosi fosse possibile mettere in evidenza i demodex. Seguendo i pre-

---

(1) *S. Fadda* — Nota sulla cuti ed oftalmo reazione alla tubercolina nelle forme tubercolari cutanee - Stab. Tip. Ditta G. Dessì - Cagliari - 1910.

(2) *Slatinéau* e *Daniélopolu* — Réaction des lepreux á la tubercoline - C. R. Soc. Biologie 5-XI-1908.

(3) *Amaral* e *Paranhos* — L'ophtalmoréaction par la tuberculine dans la lépre - S. Paulo (Brasile) - Boll. Inst. Pasteur N. 5 1908.

(4) *Borrel* — Acariens et Lépre - Ann. Inst. Pasteur - 1909 - Pag. 125.

cetti del *Prof. Majocchi* [1] ho in tal guisa proceduto alla preparazione estemporanea del demodex: scegliendo i follicoli sebacei delle pinne nasali, della regione frontale, delle gote e del mento, mediante delicata compressione ho raccolto il contenuto fresco su portaoggetti.

Ho preferito per la preparazione ai veri comedoni le masse molli sebacee che, trasportate sui portaoggetti ed umettate con una goccia d'olio di oliva, ho ricoperto con un vetrino coprioggetti comprimendolo leggermente.

Ho praticato tali ricerche su ventidue leprosi dei quali otto affetti da lepra mista, sette da lepra tubercolare e sette da lepra nervosa.

Mi fu dato ritrovare i demodex su due infermi affetti entrambi da lepra tubercolare: il Pitzalis e l'Onida. Su uno di questi, l'Onida, sulle masse filiformi sebacee provenienti dal follicolo sebaceo di un leproma della pinna nasale ho riscontrato rari bacilli leprosi isolati. Per la ricerca dei bacilli ho trattato i preparati allestiti nel modo su indicato con etere onde sgrassarli e quindi li ho colorati col Zihel-Neelsen. Bacilli leprosi, per quanto scarsi, ho pure ritrovato in un caso di lepra mista, la Meloni G., nel materiale sebaceo raccolto da un follicolo sebaceo di un leproma della regione zigomatica, ove però in alcuno dei preparati allestiti per la ricerca del demodex mi fu possibile riscontrare l'acaride.

Enuncio semplicemente i fatti senza trarre delle conclusioni dato lo scarso numero dei casi. Non posso però far a meno di rilevare che la frequenza dei demodex nel materiale sebaceo dei nostri leprosi non è molto grande e che anche quando si riscontra il demodex non si osservano con costanza i bacilli leprosi i quali possono trovarsi anche nel materiale sebaceo pur mancando il demodex. È logico quindi ammettere col *Bertarelli* e *Paranhos* [2] che la presenza dei bacilli attorno ai demodex rilevata dal *Borrel* non stia a dimostrare il valore eziologico di questi acaridi poichè oltre al constatare spesso la presenza di noduli leprosi sulla pelle del volto senza che si abbiano comedoni, noi possiamo osservare dei comedoni senza demodex non solo ma anche dei bacilli senza che

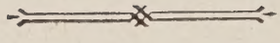
---

(5) *Majocchi* — Intorno al Demodex folliculorum nelle ghiandole meiboniane e nei follicoli cigliari dell'uomo e di alcuni mammiferi e alle lesioni morbose che esso vi genera. Tip. Gamberini e Parmeggiano - Bologna 1897.

(2) *Bertarelli* e *Paranhos* — Giorn. it. malattie veneree e della pelle - 1910.

si ritrovi un demodex. È giusta quindi l'ipotesi che l'invasione dei demodex sia secondaria e che a seconda del nodulo più o meno ricco di bacilli specifici, si possano trovare dei bacilli attorno ai demodex oppure dei demodex privi di bacilli.

Dal laboratorio di Clinica Dermosifilopatica 1 Agosto 1912.



WELLCOME LIBRARY INSTITUTE

SPIEGAZIONE DELLE FIGURE

TAVOLA I.ª

Fig. 1.ª (oss: IV^{a}) Lepra anestetica incipiente.
» 2.ª (oss: VI^{a}) Lepra tubercolare.
» 3.ª (oss: I) Lepra anestestica mutilante.
» 4.ª (oss: I^{a}) Lepra anestetica mutilante.

TAVOLA II.ª

Fig. 5.ª (oss: VII^{a}) Lepra tubercolare.
» 6.ª (oss: V^{a}) Lepra mista.

Fig 1.

Fig. 2.

Fig. 3.

Fig. 4.

Fig. 5.

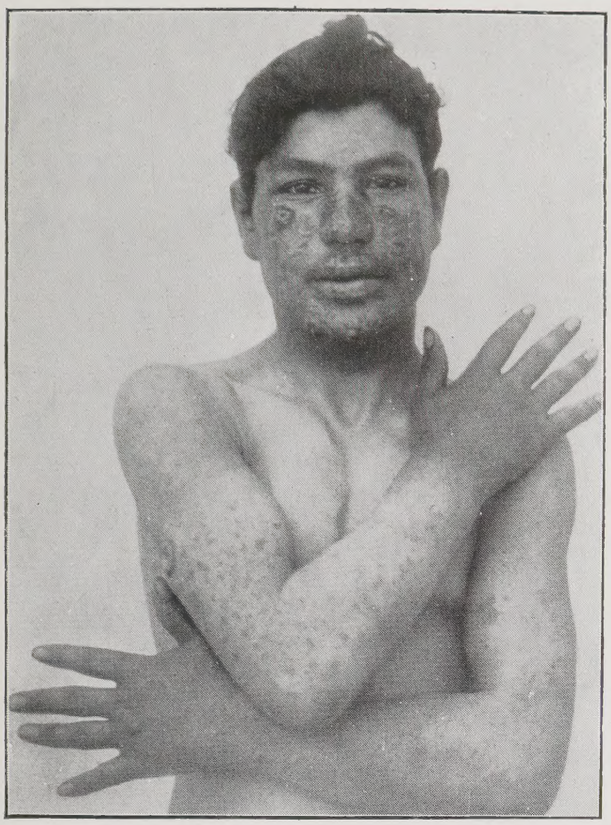
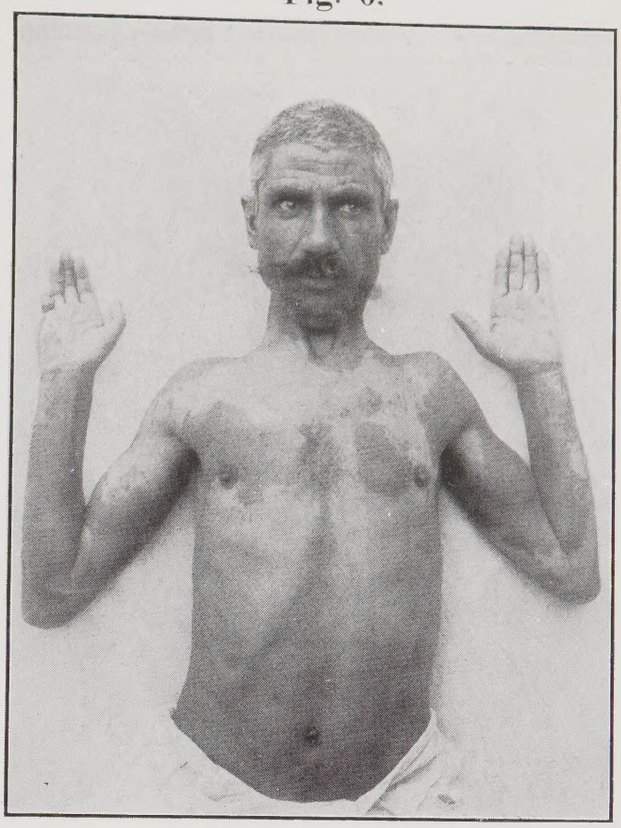



Fig. 6.